

ANTRAG AUF INVALIDITÄTSVERSORGUNG FÜR ZAHNÄRZTE

An die
Ärztelammer für Niederösterreich
Wohlfahrtsfonds
Wipplingerstraße 2
1010 Wien

Übermittlung des Antrages gerne auch per Fax (01/53751-19) oder E-Mail (wff@arztnoe.at).

Die Leistung auf Invaliditätsversorgung wird beantragt ab (Stichtag): _____ *

(* vgl. Hinweis auf der letzten Seite)

ANTRAGSTELLER/IN:

| | |
|---|--|
| Titel: | |
| Vorname: | |
| Nachname: | |
| <input type="checkbox"/> Vorübergehende Berufsunfähigkeit <input type="checkbox"/> Dauernde Berufsunfähigkeit | |
| WOHNADRESSE: | |
| Straße: | |
| PLZ/Ort: | |
| Private Telefonnummer und E-Mail: | |
| Sozial-Vers.Nr.: | Geb.Datum: |
| FAMILIENSTAND: | |
| <input type="checkbox"/> ledig | <input type="checkbox"/> verheiratet seit: |
| <input type="checkbox"/> geschieden seit: | <input type="checkbox"/> verwitwet seit: |



PERSONALDATEN DER ANGEHÖRIGEN:

| | |
|---|------------|
| In aufrechter Ehe lebende(r) Ehegattin (Ehegatte): Vor- und Geburtsname: | |
| Sozial-Vers.Nr.: | Geb.Datum: |

| | |
|---|--|
| Geschiedene(r) Gattin (Gatte): Vor- und Geburtsname: | |
| Sozial-Vers.Nr.: | Geb.Datum: |
| Besteht Unterhaltspflicht gegenüber der (dem) geschiedenen Gattin (Gatten)? | |
| | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

| | | |
|---|-------------------|------------|
| Kinder (Zutreffendes bitte ankreuzen): | | |
| <input type="checkbox"/> ehelich <input type="checkbox"/> unehelich <input type="checkbox"/> legitimiert <input type="checkbox"/> Wahlkind | Vor- und Zuname: | |
| | Sozial. Vers.Nr.: | Geb.Datum: |
| <input type="checkbox"/> ehelich <input type="checkbox"/> unehelich <input type="checkbox"/> legitimiert <input type="checkbox"/> Wahlkind | Vor- und Zuname: | |
| | Sozial. Vers.Nr.: | Geb.Datum: |
| <input type="checkbox"/> ehelich <input type="checkbox"/> unehelich <input type="checkbox"/> legitimiert <input type="checkbox"/> Wahlkind | Vor- und Zuname: | |
| | Sozial. Vers.Nr.: | Geb.Datum: |
| <input type="checkbox"/> ehelich <input type="checkbox"/> unehelich <input type="checkbox"/> legitimiert <input type="checkbox"/> Wahlkind | Vor- und Zuname: | |
| | Sozial. Vers.Nr.: | Geb.Datum: |

VORAUSSETZUNGEN

- Nachweis der ärztlichen Berufsunfähigkeit durch Vorlage eines **Bescheides eines gesetzlichen Sozialversicherungsträgers**;
Sofern ein solcher nicht vorhanden ist, wird vom Verwaltungsausschuss ein vertrauensärztlicher Gutachter bestellt.
- Kündigung sämtlicher Verträge mit den Sozialversicherungsträgern
- es darf keine Beteiligung an einer Gruppenpraxis mit einem Vertrag mit den Sozialversicherungsträgern vorliegen
- Beendigung sämtlicher Dienstverhältnisse (ausgenommen Dienstverhältnisse im Sinne des § 1 NÖ Gemeindeärztegesetzes 1977)

Die Berufsunfähigkeit wurde verursacht durch:

- Fremdverschulden Kein Fremdverschulden

Sollte die Berufsunfähigkeit nur befristet festgestellt worden sein und nach dem Ende der Befristung weiterhin eine Berufsunfähigkeit vorliegen, so kann unter Vorlage der oben angeführten Unterlagen um Verlängerung der Invaliditätsversorgung angesucht werden.

Die Invaliditätsversorgung ist einzustellen, wenn während der Inanspruchnahme der Versorgungsleistung Einnahmen (im Sinne der §§ 4 Abs. 3 und 15 Abs. 1 EStG 1988) aus ärztlicher Tätigkeit erzielt werden.

Pensionskonto:

Um die Überweisung der Versorgung durchführen zu können, ist ein entsprechendes Pensionskonto zu eröffnen. Um Bekanntgabe der Bankverbindung wird ersucht:

| | |
|---------------------|-------------|
| IBAN: | BIC: |
| Lautend auf: | |

Die Beiträge für die Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung, den Solidaritätsfonds, für allfällig weiterbestehende Versicherungen sowie der Pensionssicherungsbeitrag (wenn die Voraussetzungen vorliegen) werden weiterhin vorgeschrieben, automatisch von der Pension in Abzug gebracht und gleichzeitig steuerlich berücksichtigt. Eine Eintragung als Betriebsausgabe / Werbungskosten ist daher **n i c h t** erforderlich (gilt auch für den ermäßigten Beitrag zur Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung – Ablebensschutz; ehemals Todesfallbeihilfe 1).

Zustellung der Pensionsabrechnung

- per E-Mail Keine Pensionsabrechnung notwendig
- per Post

Krankenunterstützung – Krankheitskostenversicherung gemäß § 41 Abs. 1

Wir weisen darauf hin, dass die Beibehaltung der Krankheitskostenversicherung gemäß § 41 (1) der Satzung des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Niederösterreich für Leistungsbezieher nicht zulässig ist.

Es besteht jedoch die Möglichkeit, durch Abschluss eines Einzelvertrages direkt mit der Merkur Versicherung AG (siehe beiliegendes Formular) die Versicherung zu den bestehenden Bedingungen fortzuführen.

Krankenunterstützung – Übernahme der Sonderklasse gemäß § 40 Abs. 2:

Die Befreiung von einer allenfalls bestehenden Krankenzusatzversicherung ist schriftlich zu beantragen. Sollte die Mitgliedschaft zur Krankenzusatzversicherung beibehalten werden, wird der Beitrag dafür automatisch von der Pension in Abzug gebracht und gleichzeitig steuerlich berücksichtigt. Eine Eintragung als Betriebsausgabe / Werbungskosten ist daher **n i c h t** erforderlich.

LeistungsempfängerInnen haben die Ärztekammer für Niederösterreich von Änderungen in der Berufstätigkeit, die für das Verhältnis zum Wohlfahrtsfonds von Bedeutung sind, und von den sie betreffenden Änderungen im Familienstand bzw. der Einkommenssituation unter Vorlage der in Frage kommenden Dokumente binnen vier Wochen nach Eintritt der Änderung schriftlich in Kenntnis zu setzen. Für die durch eine nicht rechtzeitig erstattete Änderungsanzeige eingetretenen Folgen haftet der Säumige bzw. es können zu Unrecht bezogene Leistungen zur Rückzahlung vorgeschrieben werden.

***) Stichtagsregelung** (Seite 1): Versorgungsleistungen der WFF-Mitglieder werden ab dem beantragten Stichtag gewährt, wenn die Antragstellung spätestens innerhalb von drei Monaten ab dem Stichtag erfolgt. Wird ein Antrag auf eine Versorgungsleistung nach dieser Frist eingebracht, so wird die Leistung erst ab dem Monat der Antragstellung gewährt.

Durch meine Unterschrift erkläre ich wahrheitsgemäß, dass ich alle Fragen nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet habe.

Datum

Eigenhändige Unterschrift des Antragstellers

Anmerkung: mit Ehe sind auch eingetragene (gleichgeschlechtliche) Partnerschaften gemeint, mit Gatte(Gattin) sind auch eingetragene Partner gemeint

L 14

INVALIDITÄTSVERSORGUNG EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG ZUR (ZAHN-)ÄRZTLICHEN TÄTIGKEIT

An die
Ärztelkammer für Niederösterreich
Wohlfahrtsfonds
Wipplingerstraße 2
1010 Wien

Übermittlung des Antrages gerne auch per Fax (01/53751-19) oder E-Mail (wff@arztnoe.at).

PERSONALDATEN DES/DER LEISTUNGSBEZIEHERS:

| | |
|-------------------------|-------------------|
| Titel: | |
| Vorname: | |
| Nachname: | |
| Sozial-Vers.Nr.: | Geb.Datum: |

Hiermit erkläre ich **eidesstattlich**, dass ich aufgrund der Aufnahme meiner

Tätigkeit

(Bitte einfügen – z.B.: Wohnsitzarzt, Praxis, Anstellung)

in

(Bitte PLZ und Ort angeben)

keine Einnahmen erzielen werde. Sobald ich aus dieser oder einer anderen zukünftig einzutragenden (zahn-)ärztlichen Tätigkeit Einnahmen erzielen sollte, werde ich dies dem Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Niederösterreich umgehend melden. Ich nehme zur Kenntnis, dass in diesem Fall meine Invaliditätsversorgung eingestellt wird. Es wird darauf hingewiesen, dass der Verwaltungsausschuss des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Niederösterreich bei Bedarf die entsprechenden Daten bei Ihrem zuständigen Finanzamt abfragen kann.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

ANTRAG AN DIE MERKUR VERSICHERUNG AG AUF FORTSETZUNG DER BISHER ÜBER DEN
WOHLFAHRTSFONDS DER ÄRZTEKAMMER NIEDERÖSTERREICH GEMÄSS § 41 Abs. 1
BESTEHENDEN KRANKHEITSKOSTENVERSICHERUNG

Pol.Nr. _____

Daten zum Versicherungsnehmer:

Titel, Vorname, Nachname

Adresse (Postleitzahl, Ort, Straße)

Übermittlung des Antrages gerne auch per Fax (01/53751-19) oder E-Mail (wff@arztnoe.at).

Ich beantrage bei der Merkur Versicherung AG die Fortsetzung meiner über den Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer Niederösterreich bestehenden Krankheitskostenversicherung zu den bisher über den Wohlfahrtsfonds bestehenden Bedingungen.

Die Fortführung bei der Merkur Versicherung AG erfolgt in Form eines gleichartigen Tarifs ohne Wartezeit und ohne Risikoprüfung in der Einzelversicherung. Dieser Einzelversicherungstarif unterliegt den bei der Merkur Versicherung AG gültigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Besonderen Versicherungsbedingungen.

Der Antrag auf Fortsetzung gilt für nachstehend angeführte Personen:

Versicherte Personen:

Titel, Vorname, Nachname, Geb.Datum

Adresse (Postleitzahl, Ort, Straße)

Titel, Vorname, Nachname, Geb.Datum

Adresse (Postleitzahl, Ort, Straße)

Titel, Vorname, Nachname, Geb.Datum

Adresse (Postleitzahl, Ort, Straße)

Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer

